

**В ПОМОЩЬ  
ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

**Проф. Ю.В.СТРУЧКОВ, С.М.МУРАВЬЕВ, С.Г.ДАНИЛЕНКО**

**ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ЛАПАРОСТОМИИ**

Кафедра общей хирургии (зав.- член-корр. РАМН В.К.Гостищев) Московской  
медицинской академии им.И.М.Сеченова

Успехи современной хирургии неотделимы от успехов профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов. Особое значение при этом имеет проблема лечения гнойного и, особенно, послеоперационного перитонита. Частота этой патологии достигает 2% и неизбежно увеличивается, что связано с ростом оперативной активности, расширением объема оперативных пособий, увеличением тяжелой сопутствующей патологии, снижением реактивности организма, ростом антибиотикоустойчивости микрофлоры и значительной сенсibilизации больных. Трудности современного распознавания и лечения послеоперационных перитонитов определяются целым комплексом причин, основными из которых являются:

1. Полиморфизм микрофлоры, изменение реактивности микроорганизмов, выраженная эндогенная интоксикация.
2. Стертость симптоматики, которая может быть объяснена послеоперационными изменениями гомеостаза, а также проводимым интенсивным комплексным лечением.
3. Быстрое распространение послеоперационного перитонита, обусловленное основными механизмами его развития, в том числе неполным удалением источника перитонита, несостоятельностью швов, неадекватной или недостаточной санацией и дренированием брюшной полости.
4. Психологический барьер, который препятствует своевременному решению вопроса о повторной операции.

Все перечисленное, а также участвовавшее позднее обращение больных с уже имеющимся осложнением в виде гнойного перитонита, объясняет тот факт, что гнойный перитонит, в том числе и послеоперационный, стойко удерживает первое место в структуре летальности больных после внутрибрюшных вмешательств.

Тактика лечения послеоперационных перитонитов четко определена и включает раннюю релапаротомию, ликвидацию источника перитонита, санацию брюшной полости, комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Однако, в каждом конкретном случае принятие правильных тактических решений встречает ряд объективных и субъективных трудностей, что заставляет вновь обращаться к анализу клинического материала с целью поиска путей улучшения результатов лечения больных с этой тяжелой патологией.

Базируясь на полученных данных мы разработали методику индивидуального клинического прогнозирования развития ПОП, используя клинические, лабораторные и рентгенологические тесты, а также возможности динамической эхографии и лапароскопии. Эта методика позволяет с большой вероятностью безошибочного прогноза определять группу больных с высоким риском развития послеоперационного перитонита, обеспечив дифференцированный подход к проведению комплекса профилактических мероприятий,

которые мы начинали в послеоперационном периоде, продолжали интраоперационно и на ранних сроках после 1 лапаротомии.

Одним из важнейших мероприятий в профилактике послеоперационного перитонита является, на наш взгляд, адекватная санация брюшной полости. Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия играют вспомогательную, хотя и чрезвычайно важную роль в комплексе лечебных мероприятий. Проведенное нами совместно с патологоанатомами ультразвуковое исследование париетальной брюшины в процессе лечения ПОП показало, что лишь механические и физико-химические методы санации позволяют надежно устранить влияние микробного фактора, восстановить морфо-функциональное состояние эффекторных элементов защитных сил организма, предотвратить или остановить развитие полиорганной недостаточности, т.е. сделать процесс развития послеоперационного перитонита обратимым.

Оптимальные способы санации брюшной полости при гнойном перитоните остаются предметом дискуссии. Анализируя собственный опыт, мы пришли к выводу о наибольшей целесообразности максимально активной хирургической тактики, реализуемой в применении программированных этапных санаций брюшной полости с помощью разработанной в клинике собственной методики лапаростомии.

Параллельно в комплекс лечебных мероприятий включалась активная антибактериальная терапия с использованием внутривенного и эндолимфатического путей введения препаратов, а также комплексная детоксикация с применением методов экстракорпоральной детоксикации.

Метод лапаростомии получил широкое распространение в комплексном лечении гнойного перитонита, однако до настоящего времени многими хирургами рассматривается как «операция отчаяния», сопровождающаяся большим количеством осложнений. Особо критичной является оценка заживления ран и развития гнойных раневых осложнений в условиях лапаростомы.

В клинике общей хирургии ММА им. И.М.Сеченова с середины 80-х годов лапаростома целенаправленно и широко применяется в лечении наиболее тяжелых, запущенных форм распространенного гнойного перитонита и, в первую очередь, послеоперационного перитонита. Анализ полученных данных позволяет заключить, что частота гнойных осложнений у этих больных оказалась значительно меньше прогнозируемой.

Мы считаем показаниями к лапаростомии все случаи распространенного послеоперационного гнойного перитонита, независимо от этиологии и механизма его развития. В эту же группу мы включаем полную эвентрацию в гнойную рану. Исключение, таким образом, составляют лишь формирование изолированных послеоперационных внутрибрюшных гнойников, дренируемых, как правило, без широкой реллапаротомии.

Нами рассмотрены результаты лечения 50 больных с распространенным послеоперационным перитонитом, возникшим в результате urgentных и плановых операций на органах брюшной полости. Всем больным проводились этапные программированные санации брюшной полости в условиях лапаростомы. У 42 (84%) больных развития гнойных осложнений не отмечено и после закрытия лапаростомы раны заживали по типу первичного натяжения. Нагноение ран отмечено у 8 (16%) больных, в том числе лишь у 2 оно носило прогрессирующий характер с формированием обширных флегмон брюшной стенки и сопровождалось развитием тонкокишечных свищей.

Проведенное комбинированное микробиологическое, цитологическое и гистохимическое исследование подтвердило схожесть количественных и качественных показателей динамики раневого процесса при использовании лапаростомы и при активном хирургическом лечении гнойных ран мягких тканей.

Показанием к ликвидации лапаростомы служила стойкая тенденция к разрешению послеоперационного перитонита, определяемая прекращением экссудации, визуально и микроскопически подтвержденным регрессом воспалительной реакции брюшины со

снижением ее микробной обсемененности ниже критических показателей, восстановлением перистальтики кишечника и снижением уровня эндогенной интоксикации.

Сравнительно невысокая частота гнойных осложнений у больных с распространенным послеоперационным перитонитом с помощью лапаростомы обусловлена в основном 3 группами факторов:

I. Тщательным и последовательным выполнением комплекса местных и общих профилактических мероприятий (тщательная изоляция раны от внешней среды и инфицированной брюшной полости, применение мощных физических и химических методов антисептики, кратковременность этапных санаций, последовательная борьба с эндогенной интоксикацией, иммунокоррекция).

II. Возможность регулярного объективного контроля за состоянием раны в процессе этапных санаций и своевременного применения дополнительных дренирующих вмешательств.

III. Использованием, наряду с традиционными, объективных критериев динамики раневого процесса для решения вопроса о сроках ликвидации лапаростомы.

Учет этих групп факторов позволяет повысить эффективность и безопасность лапаростомы.

Поступила 14.08.1996 г.

**Проф. А.Н.ЛЫЗИКОВ, канд. мед. наук С.С.СТЕБУНОВ**

## **ПРИНЦИПЫ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Кафедра госпитальной хирургии (зав. - проф.М.Г.Сачек) Витебского  
медицинского института.Республиканский учебно-методический научный  
центр малоинвазивной хирургии (директор - проф. А.Н.Лызиков)

Несмотря на то, что первая холецистэктомия была выполнена только 10 лет назад (Mouret, 1987), в настоящее время большинство клиник выполняют это вмешательство, а число оперированных больных достигло десятков тысяч.

Основными преимуществами данного метода являются следующие:

- выполнение обзорной лапароскопии органов брюшной полости до оперативного вмешательства, высокие диагностические возможности;
- малая травматичность операций, отсутствие лапаротомного разреза, несущего основную травму в абдоминальной хирургии;
- прецизионность лапароскопической холецистэктомии;
- отсутствие необходимости ушивания ложа желчного пузыря и широкого дренирования подпеченочного пространства;
- возможность проведения симультантных операций на разных областях брюшной полости;
- уменьшение количества осложнений со стороны операционной раны;
- уменьшение количества легочных осложнений в послеоперационном периоде;
- уменьшение вероятности образования спаек;